西暦　　年　　月　　日

受託研究審査依頼書

独立行政法人国立病院機構

関門医療センター

受託研究審査委員会　委員長　殿

独立行政法人国立病院機構

関門医療センター　院長

下記の審査事項について、審査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究依頼者 |  |
| 試験薬商品名/一般名 |  | 研究実施計画書番号 |  |
| 研究課題名 |  |
| 研究責任医師 | 診療科： | 氏名： |
| 審査事項（添付資料） | □受託研究の実施の適否（受託研究申込書（西暦　年　月　日付　様式3））□受託研究の継続の適否　□受託研究に関する変更（□受託研究に関する変更申請書（西暦　年　月　日付様式10））（□受託研究に関する変更申請書（西暦　年　月　日付様式10））□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |